CONCOURS D'AGRÉGATION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS
1904

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr G. GAYET



LYON
IMPRIMERIE WALTENER & Cie
3, Rue Stella, 3

1904

I. — TITRES HOSPITALIERS

EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON
(Concours 1889)

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON
(Concours 1893)

II. — TITRES UNIVERSITAIRES

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AIDE D'ANATOMIE ET DE PROSECTEUR
(1894-1896)

AIDE D'ANATOMIE
(Concours 1896)

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE
(Concours 1897)

CHEF-ADJOINT DU LABORATOIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE
(1900-1901)

CHEF DU LABORATOIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE
(1902-1904)

III. — RÉCOMPENSES

LAURÉAT DE LA FACULTÉ
(Prix des thèses, médaille de bronze 1897)

LAURÉAT DE L'UNIVERSITÉ
(Prix Falcouz. — 1900)

IV. — ENSEIGNEMENT

MÉDECINE OPÉRATOIRE ET ANATOMIE de 1894 à 1897

CONFÉRENCES D'ANATOMIE (semestres d'hiver)

CONFÉRENCES DE PETITE CHIRURGIE (semestres d'été)

CONFÉRENCES CLINIQUES A L'HÔTEL-DIEU (1897-1899)

TABLE ANALYTIQUE

Pathologie Générale

Pages

Os et Articulations

Tête et Organes des sens

Cou et Corps thyroïde

Colonne vertébrale

Tube digestif et Organes annexes

Organes génitaux de la femme

Organes génito-urinaires

Pages

Membres

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Abcès gazeux expérimental.

Société des Sciences Médicales, janvier 1897.— *Lyon Médical*, 1897, p. 345.

Contribution à l'étude des abcès gazeux.

Gazette des Hôpitaux, 29 juin et 3 juillet 1897.

Ayant observé dans le service de M. le professeur Poncet un abcès de la région sous-claviculaire qui contenait des gaz mélangés au pus, nous avons entrepris des recherches bibliographiques et bactériologiques, espérant nous renseigner sur les causes de la présence de ces gaz.

Nous avons trouvé dans la littérature une certain nombre de cas analogues ; mais les auteurs étaient arrivés à des résultats expérimentaux très différents.

Nos propres recherches nous ont montré :

1° L'existence de streptocoques dans le pus ;

2° La stérilité absolue des cultures faites avec le pus de la malade ;

3° La production d'abcès sans gaz chez les animaux (cobaye et lapin) que nous avons injectés avec ce pus.

Poursuivant cette étude en étudiant le pus des abcès de nos animaux, nous avons obtenu :

1° Des cultures assez pauvres contenant des streptocoques associés à des éléments bacillaires longs et grêles, parfois à des diplobacilles et à des diplocoques très voisins les uns des autres;

2° Un abcès contenant des gaz chez un lapin auquel nous avions injecté quelques gouttes de pus pris aseptiquement dans l'abcès de nos premiers animaux;

3° Un abcès gazeux chez un cobaye injecté avec quelques gouttes de culture provenant de ce pus.

Nous avions dès lors la preuve que la production des gaz était bien due à une propriété spéciale de microorganismes contenus dans ce pus et dans ces cultures. Nous ferons remarquer que les expérimentateurs ont rarement pu reproduire ainsi des gaz par inoculation aux animaux. MM. Arloing et Fraenkel y étaient cependant arrivés.

Nous avons essayé de reproduire ces abcès gazeux sur d'autres animaux; il nous a été impossible d'obtenir de nouveaux résultats positifs.

Nous n'avons pas pu arriver non plus à isoler par des cultures à l'abri de l'air les différents éléments microbiens contenus dans nos cultures. Nous ne pouvons donc affirmer quel était exactement l'agent responsable de la production des gaz. Deux hypothèses sont soutenables : l'association du streptocoque avec un agent bacillaire spécial gazogène — ou le polymorphisme du streptocoque, affirmé par les recherches de M. le professeur Arloing; sous une forme spéciale, ce streptocoque deviendrait apte à produire des gaz.

Plus récemment MM. Widal et Courtois-Suffit ont communiqué à la *Société médicale des hôpitaux* des cas de pneumothorax essentiels dans lesquels leurs recherches bactériologiques les ont amenés à des conclusions tout à fait pareilles aux nôtres.

Depuis, ces observations se sont multipliées et on tend à faire jouer aux anaérobies un grand rôle dans la production des gaz de ces collections.

Un cas de staphylococcie avec épanchement pleural séro-fibrineux et localisations superficielles n'évoluant pas vers la suppuration. (En collaboration avec VARAY, interne des hôpitaux.)

Province médicale, 24 février 1900.

Notre malade paraît avoir eu une infection générale dont l'élément essentiel et causal était le staphylocoque. La porte d'entrée était un furoncle de l'avant-bras. L'affection s'est manifestée par une pleurésie droite et trois abcès dont l'un a suppuré après avoir été ouvert, l'autre s'est résorbé quoique ouvert légèrement, le troisième enfin a disparu sans laisser de traces et sans évoluer vers la suppuration.

L'examen du sang recueilli au doigt, celui de la sérosité pleurétique et celui d'un liquide rouge noirâtre retiré par ponction de l'abcès de la cuisse ont montré le staphylocoque à l'état de pureté.

Ce cas est à rapprocher de ceux qui ont été signalés par Netter, Fernet, les thèses de Garnier et de Raoult-Delongchamps. L'évolution, l'allure clinique si particulière, s'est montrée identique au type signalé par les auteurs. Mais ces faits sont encore rares, surtout pour ce qui est de la pleurésie non suppurée du staphylocoque.

Sclérodermie en plaques.

Soc. des Sciences médicales, juin 1899, *Lyon médical*, t. LCII, p. 21.

OS ET ARTICULATIONS

Arthropathies et hématomes diffus chez les hémophiles.

Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, mai 1897.

Un cas intéressant d'arthropathie hémophilique du genou, observé dans le service de notre maître M. Rochet a été le point de départ de ce travail, il s'agissait d'un enfant de neuf ans, entré à l'hôpital pour une affection articulaire que plusieurs médecins avaient diagnostiquée : tumeur blanche. En réalité c'était un épanchement sanguin à la fois intra et extra-articulaire Par le repos dans une gouttière pendant un mois, puis incision de l'hématome sous-cutané on obtint la guérison complète.

M. Rochet mit à notre disposition deux observations très analogues d'hématomes diffus chez des hémophiles, ce qui nous permit d'étudier la symptomatologie et les moyens d'arriver au diagnostic.

Les arthropathies se manifestent par des douleurs, de la gêne fonctionnelle marquée, bientôt accrue par le gonflement et la flexion du membre. L'aspect rappelle tout à fait celui d'une arthrite subaiguë avec le gonflement des culs-de-sac de la synoviale et, pour le genou bientôt une articulation branlante avec contractures, déformations, *genu valgum*, rotation de la jambe en dehors, etc.

Quant aux hématomes ils tiennent à la fois du phlegmon pour la rapidité de leur apparition, la tension des téguments qui

deviennent lisses, brillants, avec exagération du réseau veineux sous-cutané, et de l'hématome vrai, traumatique, par l'apparition consécutive d'une ecchymose diffuse absolument caractéristique. Il y a en même temps des douleurs extrêmement vives.

Nous avons insisté sur l'importance du diagnostic. De nombreuses erreurs, surtout par confusion avec des tumeurs blanches, ont été commises et plusieurs opérations faites à tort se sont terminées par la mort à la suite d'hémorragie.

Enfin nous avons fait remarquer que la tendance à l'hémorragie procède par poussées, comme de véritables décharges, et que, pourvu qu'on attende quelque temps après la formation de l'hématome, on peut l'inciser avec une sécurité suffisante, sans avoir de perte de sang dangereuse.

La médication thyroïdienne dans les retards de consolidation des fractures.

Thèse de Ser, Lyon 1899.

Nous avons étudié l'action de cette médication en utilisant l'expérimentation et la clinique. L'expérimentation nous a prouvé que chez les lapins sains (non thyroïdectomisés), les injections de suc thyroïdien n'accéléraient pas la formation du cal.

Par exemple, un lapin auquel nous avions fracturé les deux os de la jambe sous anesthésie le 20 janvier, et auquel nous avions fait tous les deux jours une injection d'extrait glycériné de corps thyroïde n'a présenté un cal nettement solide que le 23 février, c'est-à-dire au 33e jour. Un autre lapin que nous avions fracturé dans les mêmes conditions et auquel nous n'avions pas fait d'injection a présenté un cal solide le 37e jour. Deux lapins fracturés le même jour le 29 mai et dont l'un recevait des injections ont eu leur cal solide à peu près en même temps. Les résultats ont toujours été semblables à ceux que nous venons de rapporter..

Au point de vue clinique, nos observations se décomposent ainsi :

Deux observations où la médication thyroïdienne a peut-être eu une action.

Trois observations où elle n'a pas semblé avoir d'action ; une observation où elle n'a manifestement pas eu d'action.

Il serait donc prématuré de conclure. Mais ce traitement qui ne nous a jamais donné aucun accident mérite d'être essayé dans les retards de consolidation, puisqu'il a paru hâter la guérison dans quelques cas.

Contribution à l'étude des Ostéomalacies.

(en collaboration avec Bonnet).

Revue de Chirurgie, n^os de janvier et février 1901.

Ce mémoire, ainsi que le suivant, fait partie d'une étude entreprise sur le conseil de notre maître le professeur Ollier, au sujet des altérations osseuses amenant des déformations et des incurvations de l'os complètement développé. Notre travail a été récompensé par le prix Falcouz (1900).

Après avoir examiné les cas publiés d'ostéomalacie généralisée ou localisée, ainsi que plusieurs cas recueillis par nous-mêmes, nous avons été frappés de ce fait qu'anatomiquement les lésions de cet ordre ont des types divers (atrophie passive, processus régressifs, inflammatoires, etc.), mais nullement en rapport avec l'allure clinique, c'est-à-dire que sur des os de grands ostéomalaciques, femmes aux multiples grossesses, aux lésions généralisées, d'une part, et sur des os atteints de déformations locales, post-traumatiques, tuberculeuses, etc., d'autre part, on peut retrouver toute la gamme des altérations commençant à la raréfaction et à la fibrillation du tissu osseux pour aboutir à la décalcification et à la disparition des lamelles.

Nous le démontrons dans notre mémoire, en rapprochant ces

diverses variétés d'ostéomalacies et en en rapportant des observations qui nous ont paru typiques.

Nous pouvons donc définir l'ostéomalacie : un trouble de nutrition des os consistant dans l'insuffisance de sa teneur en sels de chaux, et amenant le ramollissement du squelette, ce trouble pouvant rester local ou se généraliser.

L'ostéomalacie locale s'observe à la suite de traumatismes, d'infections, d'affections nerveuses. Nous donnons des exemples des deux premières variétés, réservant l'étude de la troisième pour un mémoire spécial :

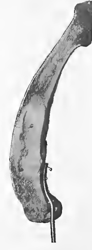


Fig. 1. — Incurvation du fémur à la suite d'ostéomyélite.

Anatomiquement, l'ostéomalacie est une maladie de l'os dans son ensemble : substance osseuse, cellules osseuses, moelle, tout est altéré; mais rien ne permet de dire quelle est celle de ces parties de l'os qui est la première atteinte. Aucune de ces altérations n'est même spécifique, particulière à l'ostéomalacie dont elle pourrait être un critérium. L'état fœtal ou graisseux de la moelle, la raréfaction osseuse, l'atrophie des ostéoplastes se voient dans bien d'autres circonstances. Ce n'est que la réunion de ces différents processus, leur topographie spéciale qui peut faire faire le diagnostic histologique.

Un des signes les plus remarquables est la transformation de la substance fondamentale en un tissu formé de fibres fines se substituant progressivement et insensiblement au tissu osseux normal et se continuant d'autre part avec le réseau médullaire. Encore cet aspect se retrouve-t-il en dehors de l'ostéomalacie

vraie, par exemple dans les zones osseuses au contact d'un néoplasme.

Au point de vue de sa nature, la lésion consiste en une régression du tissu osseux, une déviation de ses phénomènes nutritifs

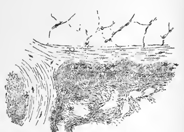


Fig. 2. — Travées osseuses épaissies dont la partie marginale, acalcaire, contient des ostéoplastes nombreux et volumineux.

qui nous paraît assez comparable à ce qu'on est convenu de nommer : *troubles trophiques*.

Quant à la cause de ce trouble trophique, c'est là une des

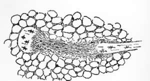


Fig. 3. — Trabécule dans laquelle l'os a, sur une certaine étendue, été remplacé par un tissu fibrillaire.

parties les plus obscures de l'histoire de cette maladie. Si l'on considère seulement les ostéomalacies locales, on note que dans la variété traumatique, les lésions nerveuses sont évidentes dans plusieurs observations ; que ces mêmes lésions ont été retrouvées par plusieurs auteurs dans la variété inflammatoire ; qu'elles

sont l'essence même de la variété nerveuse. Le raisonnement du simple au composé nous paraît légitime en l'espèce, et va ajouter un sérieux argument aux partisans de la théorie nerveuse dans la pathogénie de l'ostéomalacie généralisée ou essentielle.

Nous admettons que le maintien de la chaux dans le tissu osseux est un état d'équilibre avant tout dirigé par le système

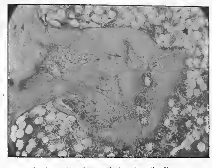


Fig. 4. — Ostéomalacie sénile, transformation fibreuse de la substance fondamentale.

nerveux ; que cet équilibre ne peut être sérieusement menacé que lorsque les conditions défectueuses de l'apport ou les trop grandes exigences du départ l'auront rendu à ce point instable qu'une atteinte quelconque au système nerveux directeur suffira à faire perdre à celui-ci sa puissance régulatrice. Donc, causes prédisposantes : âge, sexe, climat, grossesse, hygiène alimentaire. Causes déterminantes : réflexes partis des ovaires, du poumons, etc.

Nos expériences entreprises sur l'action du suc ovarien nous ont fait constater que la sécrétion interne ovarienne a pour effet d'activer l'élimination des phosphates ; ce qui nous permet d'expliquer les résultats satisfaisants qu'a donnés la castration dans le traitement de l'ostéomalacie.

Les altérations osseuses d'origine nerveuse.
(en collaboration avec Bonnet).

Archives générales de Médecine, avril 1901.

Complément du mémoire précédent, ce travail est destiné à l'étude critique des nombreux travaux publiés sur la question et à en tirer les déductions qui ressortent de leur ensemble. Cette synthèse nous a paru utile pour comprendre le mécanisme de la pathogénie nerveuse de l'ostéomalacie.

Nous avons donc groupé les données expérimentales et cliniques que l'on possède sur les altérations osseuses qui résultent des maladies des diverses parties du système nerveux : nerfs périphériques, racines, moelle, cerveau, grand sympathique. En les dégageant, après discussion, des innombrables théories mises en avant pour chacun de ces cas, nous avons essayé de donner une formule du système nerveux dans ses rapports avec les os.

La *voie centripète* paraît être contenue dans les nerfs de la vie de relation ; les nerfs sensitifs de l'os donnent aux centres des renseignements sur les besoins de ce tissu; la simple suppression de ces nerfs place l'os dans un état tel qu'il peut mal proportionner sa nutrition aux circonstances. Aussi le résultat variera-t-il essentiellement avec ces circonstances secondaires (pressions,température,mouvements, etc). Selon que celles-ci se rapprocheront des circonstances normales ou s'en écarteront, l'os restera peu altéré, ou s'atrophiera, ou s'hypertrophiera. On s'explique ainsi la variété si déconcertante des résultats expérimentaux (sections nerveuses.)

Si, au lieu d'une simple section, on provoque l'irritation du bout central, on agit sur le centre en l'excitant; de là des lésions osseuses plus accentuées (hypertrophie, atrophie, déformations).

La *voie centrifuge* ne semble pas suivre les nerfs mixtes, car leur section ne produit que peu de troubles, comme on l'a vu ;

son chemin serait : les racines postérieures des paires rachidiennes (Morat, Bonne), puis probablement le système sympathique, comme semblent l'indiquer quelques observations de M. Jaboulay (guérison de certaines artropathies et de maux perforants par action sur le sympathique).

Quant aux *centres*, ils sont vraisemblablement dans la substance grise de la moelle, sans qu'on puisse encore décider si c'est dans la substance grise péri-épendymaire (Curcio) ou dans les cellules radiculaires postérieures qui donnent les filets centrifuges des racines postérieures.

Phlébite et embolies au cours d'une fracture du fémur.

Archives Provinciales de Chirurgie, mai 1902.

Il s'agit d'un cas mortel d'embolie survenue le dix-septième jour d'une fracture comminutive de l'extrémité inférieure du fémur chez un homme de 45 ans. A l'autopsie : caillot dans l'artère pulmonaire droite, phlébite de la veine fémorale.

TÊTE ET ORGANES DES SENS

Anévrisme artérioso-veineux de l'orbite.

Société de Médecine de Lyon, 5 février 1894. — *Lyon Médical*, 1894, t. I, p. 232.

Iritis guérie par un érysipèle.

Société des Sciences médicales de Lyon, janvier 1894. *Lyon Médical*, 1894, p. 301.

Tumeur cérébrale, Signes de compression. Trépanation rachidienne palliative.

Société des Sciences médicales, novembre 1896.

Une femme présentait des symptômes de tumeur cérébrale : céphalalgie, anosmie, névrite optique ; aucun symptôme de localisation. Les signes ci-dessus indiquant une forte compression intra-cranienne, M. Jaboulay tenta d'obtenir la décompression en pratiquant une trépanation rachidienne. La malade mourut quinze jours après.

A l'autopsie, nous trouvâmes de la méningite spinale suppurée. Au niveau du cerveau, existait une tumeur du volume d'une grosse noix, située dans la substance corticale au niveau du lobe pariétal gauche. Cette tumeur aurait pu être enlevée facilement, car elle était énucléable. Malheureusement, l'absence de signes

de localisation, explicable parce que la tumeur siégeait en dehors des zones motrices, et l'existence de la névrite olfactive et optique avaient fait penser à une tumeur inopérable de la base.

Deux cas de cornes de la face.

Soc. de médecine de Lyon, 26 avril 1897.

Quelques cas d'exophtalmie pulsatile.

Province Médicale, n°s du 10-17 avril 1898.

J'ai eu l'occasion d'observer, dans le service d'ophtalmologie du professeur Gayet, deux cas d'exophtalmie pulsatile. L'un d'eux est extrêmement intéressant par son étiologie et les difficultés du diagnostic.

Il s'agissait d'une femme de soixante ans qui avait fait une chute, l'orbite gauche portant sur une caisse; trois mois après paraissait, au niveau de la partie externe de cet orbite, une tumeur pulsatile du volume d'une noix, donnant lieu à tous les symptômes habituels de l'anévrisme artério-veineux. Cette femme portait en outre un goître assez volumineux et deux autres petites tumeurs craniennes au niveau du lambda et au sommet de la suture interpariétale. Ces tumeurs étaient également animées de battements.

Tous les symptômes augmentèrent rapidement d'intensité, la malade présentant des accès de suffocation fut envoyée dans un service de chirurgie. M. Jaboulay pratiqua une exothyropexie et, fait curieux, immédiatement après, les tumeurs secondaires se flétrirent et s'affaissèrent. Mais la mort survint le surlendemain de l'opération et à l'autopsie on trouva des noyaux de métastase goitreuse, des ganglions envahis par la généralisation. Le syndrome exophtalmie pulsatile était dû à un de ces noyaux, vasculaire comme le goitre lui-même.

Nous avons groupé avec ces deux cas les trois autres observés

dans la clinique ophtalmologique. Nous en tirons les conclusions suivantes :

La guérison spontanée peut se rencontrer au cours d'un anévrisme artério-veineux de l'orbite. Elle paraît liée à des phénomènes inflammatoires, conduisant à l'endophlébite oblitérante du sinus ou de la veine ophtalmique.

La ligature de la carotide paraît être le seul traitement réellement efficace de cette affection. Mais elle ne devra jamais être faite d'une manière précoce, sauf indications spéciales, comme le développement très rapide de l'anévrisme.

Les moyens de douceur (compression digitale de la carotide, applications de glace) laissent le temps à la guérison spontanée de se produire et la favorisent probablement.

Une variété pathogénique des paralysies du moteur oculaire commun consécutives aux traumatismes craniens. Compression par épanchement sanguin (En collaboration avec M. Durand, professeur agrégé.)

Archives provinciales de Chirurgie, mars 1901.

Ayant eu l'occasion d'observer un fait de paralysie bilatérale du moteur oculaire commun, chez une petite fille de huit ans qui était tombée sur la tête, nous avons cherché à en élucider le mécanisme. Le mode de début, après un intervalle libre de plusieurs heures, la fugacité des accidents indiquaient un épanchement sanguin post-traumatique ; mais quels en étaient le siège et l'origine ? Il ne pouvait s'agir de fracture, car la bilatéralité de la paralysie eût nécessité une fracture très étendue de la base, hors de proportion avec les symptômes observés.

Nous basant sur les faits expérimentaux de Duret, sur les observations cliniques publiées sur cette question, nous avons admis un épanchement sous-arachnoïdien. Nous croyons que ce fait vient à l'appui de l'opinion de M. le professeur Panas qui admet que les paralysies du moteur oculaire commun s'obser-

vent sur les sujets âgés de moins de dix ans, en dehors de toute fracture du crâne.

Si les fractures de la pointe du rocher restent la grande cause des paralysies post-traumatiques du moteur oculaire externe, il faut donc faire une large part à la compression hémorragique dans l'étiologie de celles du moteur oculaire commun : ce tronc nerveux est séparé du rocher par le sinus pétreux supérieur et, par conséquent, moins exposé aux blessures par les esquilles. Ces faits sont connus des ophtalmologistes, mais les chirurgiens ont gardé trop de tendance à poser l'équation : paralysie des nerfs oculaires après chute sur la tête, fracture du crâne.

Une autre observation également inédite, contenue dans notre mémoire, tend à prouver que les deux mécanismes, lésions d'un nerf par fracture et compression d'un autre nerf par épanchement sanguin peuvent coexister sur le même sujet, donnant lieu à des paralysies dont l'évolution est bien différente pour chacun de ces cas.

Ces notions ont une grande importance au point de vue du diagnostic et du pronostic des traumatismes craniens et des accidents qui les accompagnent.

Plaies pénétrantes du crâne par balle de revolver. — Deux cas avec trajet récurrent intra-cérébral.

Société des Sciences médicales, 20 décembre 1899. — *Lyon Médical*, t. CVII, p. 125.

Dans un cas la balle pénétrant dans le cerveau au niveau de la scissure de Sylvius droite avait traversé le lobe frontal sans ouvrir le ventricule pour sortir du côté gauche vers le sommet du lobe frontal, frapper la face interne du crâne et faire un ricochet de 4 centimètres environ, frapper de nouveau la paroi et décrire un nouveau trajet récurrent jusqu'au niveau de la tente du cervelet.

Deuxième cas : trajet récurrent amenant la balle, après une

traversée de tout le cerveau, à y pénétrer de nouveau et à aller se perdre dans la corne postérieure du ventricule latéral.

Ces observations, d'accord avec l'expérimentation de Delbet et Dagron montrent l'impossibilité fréquente de l'extirpation des projectiles ayant pénétré dans l'encéphale.

Plaie du cerveau par balle de revolver. — Hématome sous-dure-mérien ; trépanation.

Commun. à la *Soc. des Sc. Médic. de Lyon*, séance du 17 juin 1903, et *Lyon Médical*, 1903, II, p. 135.

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que nous sommes intervenus pour des signes d'hémorrhagie progressive, par une trépanation sur le côté opposé à celui de l'orifice d'entrée; nous y avons rencontré l'épanchement qui se manifestait par de l'aphasie et qui comprimait le pied de la 3e circonvolution frontalo gauche.

Malheureusement la balle avait causé des désordres irrémédiables dans la substance cérébrale et le malade ne put être sauvé.

Rhinoplastie par la méthode italienne.

Présentation à la *Soc. des Sciences médicales de Lyon*, séances de février 1904.

COU ET CORPS THYROIDE

Un cas de cancer du larynx avec propagation à la trachée Trachéotomie. — Mort.

Archives provinciales de chirurgie, novembre 1895.

L'intérêt de cette observation réside dans la rapidité d'évolution de la maladie (deux mois après l'apparition des premiers symptômes fonctionnels, la trachée était largement envahie, en même temps que le larynx, l'œsophage, les ganglions carotidiens), dans le mécanisme de la mort survenue par asphyxie deux heures après la trachéotomie. Cette asphyxie reconnaissait plusieurs causes ; l'étendue de l'infiltration cancéreuse très bas dans la trachée, l'hémorrhagie de la surface végétante, une languette de muqueuse flottant dans la lumière du canal et ayant peut-être été détachée par la canule. D'où cette triple indication : employer. dans de tels cas, de très longues canules, des canules à extrémité conique, et, si l'hémorrhagie menace, des canules-tampons.

Un nouveau procédé du traitement du goître exophtalmique, la section du sympathique cervical.

Lyon Médical, 26 juillet 1896.

Ce mémoire est le premier travail critique qui ait paru sur cette question ; depuis, des communications nombreuses, des

controverses même ont attiré l'attention sur ce nouveau traitement de la maladie de Basedow.

Mon travail se basait sur une observation que j'avais été à même de recueillir dans le service de mon maître M. Jaboulay. Une jeune fille, qui présentait tous les signes de basedowisme à un degré très accusé, fut traitée par la section bilatérale du sympathique cervical à sa partie moyenne. Le soir même l'exophtalmie disparaissait complètement; les jours suivants, le volume du corps thyroïde diminuait rapidement, les palpitations et le tremblement disparaissaient, le cœur qui battait à 160 avant l'opération tombait à 100 pulsations. La guérison s'est maintenue.

Des pareils résultats s'observent-ils par les autres méthodes de traitement? C'est ce que j'examinais dans la seconde partie de mon mémoire.

La thyroïdectomie partielle, l'exothyropexie, la ligature des artères thyroïdiennes, telles sont les autres opérations qu'on a dirigées contre la maladie de Basedow.

La thyroïdectomie présente certainement plus de difficultés, plus de menaces d'hémorrhagie dans le goître exophtalmique que dans le goître ordinaire. Certains cas observés par M. Jaboulay montrent qu'elle semble parfois donner un coup de fouet à l'affection, le reste de la glande se développant rapidement après l'ablation partielle. Nous n'oublions cependant pas qu'elle a pu donner de beaux résultats.

L'exothyropexie est dangereuse dans ces cas, et des morts rapides qu'on tend à attribuer à l'intoxication thyroïdienne par hypersécrétion l'ont prouvé.

La ligature des artères thyroïdiennes, délicate dans ce cas particulier où les vaisseaux sont turgescents et à parois friables, n'est pas entrée dans la pratique, en France tout au moins.

On voit qu'on a le droit de chercher mieux que ces divers procédés; et la section ou résection partielle du sympathique a, depuis notre publication, justifié ce que nous en disions alors.

Voici quelles étaient nos conclusions :

La section du sympathique cervical n'est dangereuse, ni comme acte opératoire, ni dans ses conséquences.

Elle a une action manifeste sur la triade symptomatique, action nette et durable surtout pour l'exophtalmie.

Elle peut être exécutée concurremment avec les autres interventions, quand celles-ci n'ont pas amélioré l'exophtalmie, et spécialement contre ce dernier symptôme.

A ce titre, et sous certaines réserves que l'avenir seul fera disparaître, nous croyons qu'elle peut être appliquée au traitement du goître exophtalmique, qu'elle mérite d'être soigneusement étudiée, et nous espérons qu'elle acquerra prochainement le droit de prendre rang parmi les procédés chirurgicaux à mettre en usage contre cette affection.

Une observation de goitre exophtalmique traité par la section du sympathique.

Société de Médecine de Lyon, juillet 1896.

Métastase osseuse d'un goitre bénin sous forme maligne.

In thèse de ROCHER, Lyon, 1903.

Notre contribution à ce travail a consisté dans nos examens histologiques qui ont servi de base au diagnostic de cette lésion singulière. Il s'agissait d'une localisation au niveau de l'os frontal d'une métastase dont l'expression microscopique était : tissu thyroïdien avec vésicules et substance colloïde, ilôts de prolifération reproduisant des formes carcinomateuses. Malgré les suites opératoires extrêmement satisfaisantes et le relèvement de l'état général qui suivit, malgré le caractère nettement bénin du goître nos constatations microscopiques nous permirent de porter un très mauvais pronostic. Les dernières nouvelles reçues ont malheureusement justifié nos prévisions.

COLONNE VERTÉBRALE

La gibbosité dans le mal de Pott. — Anatomie pathologique. — Traitement.

Thèse de doctorat, Lyon, 1897.

Au moment où on préconisait un nouveau traitement du mal de Pott, il nous a paru nécessaire, pour arriver à nous faire une opinion sur ce point, de retourner à l'observation anatomo-pathologique de la gibbosité pottique. Cette étude pendant laquelle nous marchions sur un terrain déjà admirablement travaillé par nos maîtres, nous a permis cependant de glaner quelques faits nouveaux ou peu connus, et d'appuyer sur une base solide la seconde partie de notre mémoire, revue critique des traitements proposés contre la gibbosité.

I. *Anatomie pathologique.* — Dans une colonne atteinte de mal de Pott et présentant une condure, la cause de cette coudure réside, comme on sait, dans la destruction plus ou moins étendue des corps vertébraux. Le canal médullaire n'est à peu près jamais rétréci ; il nous a semblé parfois élargi ; il est souvent en communication avec le foyer tuberculeux par destruction de sa paroi antérieure. Les trous de conjugaison sont généralement élargis. Les lames postérieures augmentent de hauteur, fait connexe avec le précédent.

Les apophyses épineuses présentent deux sortes d'altération ; déjettement en bas ou plutôt incurvation arrivant parfois à une

imbrication complète ; atrophie et aplatissement des apophyses épineuses au-dessous de la bosse.

La gibbosité peut amener, plus souvent qu'on ne l'a dit, des troubles médullaires, non par compression résultant du rétrécissement du canal, mais par inflexion de la moelle qui se ramollit



Fig. 5. — Vertèbres lombaires réunies par soudure osseuse directe. Ankylose osseuse des lames vertébrales. Elargissement du canal et des trous de conjugaison. Les deux vertèbres les plus inférieures sont complètement fusionnées.

au contact de l'arête sur laquelle elle repose et peut même parfois se laisser entamer.

II. *Physiologie pathologique.* — On connaît les causes de flexion de la colonne dans le mal de Pott. Ces causes peuvent ne pas être suffisantes même avec pertes des substances étendues de la colonne. Les arcs postérieurs, dans ce cas, suffisent à maintenir le rachis en bonne position. Bonnet avait déjà mis ce fait en évidence.

Nos expériences sur le cadavre nous ont montré qu'il ne suffit pas de supprimer un, deux, trois corps vertébraux même pour obtenir la gibbosité. Il faut encore ou faire exécuter une flexion forcée du tronc en avant, en développant une force assez considérable, ou bien donner un coup violent sur les épaules du sujet, de façon à luxer les articulations latérales.



Fig. 6. — Perte de substance de deux vertèbres lombaires. Déviation latérale.

Ces faits sont importants au point de vue des mécanismes de guérison du mal de Pott sans gibbosité.

III. *Processus de guérison.* — La lésion vertébrale guérit et la bosse s'ankylose : 1° par cal intermédiaire des corps en contact ou très rapprochés ; 2° par des jetées périostiques latérales, assez faibles et assez rares ; 3° par soudure des arcs postérieurs. Lorsque les corps qui limitent la lésion restent écartés, les arcs postérieurs sont ordinairement seuls à soutenir la colonne par leur ankylose.

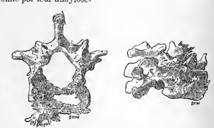


Fig. 7. — Montrant, vue d'en haut et de profil, une perte de substance et des productions de néo-ossification.

L'ankylose se fait d'une façon souvent précoce au niveau de ces arcs postérieurs, par ossification des ligaments. Les apo-

physes articulaires, les lames, les apophyses épineuses se soudent ainsi et finissent par former un bloc solide.

Il ne se fait jamais un dépôt de substance osseuse suffisant pour combler un espace même faible entre deux corps vertébraux. C'est, du moins, ce qui ressort de nos examens de pièces et des observations de tous les auteurs qui ont écrit sur le mal de Pott.

IV. *Traitement.* — Dans cette seconde partie de notre travail, nous avons passé en revue les divers traitements préconisés récemment pour les gibbosités pottiques. Pour les apprécier, nous avons pu nous baser sur des observations des malades que nous avons suivis dans le service de M. Vincent, chirurgien de la Charité. Nous avons aussi pratiqué des expériences cadavériques. Une seule a été exposée dans notre mémoire, les autres n'ayant pu être faites, faute de sujets, qu'après la soutenance de notre thèse.

D'après nos observations, le redressement est possible dans tous les cas non ankylosés. Il est impossible, sans intervention sanglante ou violences dangereuses dans les cas d'ankylose.

Nous n'avons pas observé d'accidents d'anesthésie; une seule fois, nous avons eu un peu de trépidation épileptoïde, indiquant une excitation médullaire qui s'est dissipée en peu de temps.

Sur dix observations, nous avons eu trois fois des résultats absolument nuls (gibbosités ankylosées).

Deux fois, nous avons assisté à un redressement très faible, presque nul; quatre fois à un redressement immédiat assez marqué; une seule fois à une réduction presque parfaite. Dans la grande majorité des cas où l'on a eu un bon résultat immédiat, la gibbosité était relativement peu diminuée elle-même, et ce que l'on produisait, c'était une exagération des courbures compensatrices, surtout une lordose lombaire que nous avons notée plusieurs fois et qui ne contribue pas peu à changer l'aspect de la difformité.

Nous avons enregistré deux morts : l'une quinze jours, l'autre cinq semaines après l'opération. Ces décès ont été causés par de la généralisation tuberculeuse aux poumons (broncho-pneumonie).

Ce traitement présente des dangers en raison des complications possibles du côté : des abcès, des gros vaisseaux, de la moelle, de la généralisation tuberculeuse. La broncho-pneumonie a été plusieurs fois signalée. Une de nos expériences nous a donné une fracture de la colonne, une autre la déchirure d'un abcès avec épanchement du pus dans la plèvre. Des accidents de ce genre ont depuis été publiés de divers côtés.

Nous croyons donc que, à part certains cas particuliers, on devra préférer le traitement du mal de Pott par l'immobilisation, aussi précoce que possible, dans une grande gouttière; on prolongera ce traitement aussi longtemps que la douleur indiquera l'existence d'un foyer en évolution. On insistera sur les détails d'hygiène : massage, frictions, propreté, alimentation, existence au grand air ou au bord de la mer, toutes les fois que cela sera possible. Par le décubitus dorsal, on évitera souvent la formation des gibbosités; on pourra lutter contre la tendance à l'incurvation du rachis par l'extension continue et par l'application de rondelles de molleton de plus en plus épaisses sous la bosse en train de se former.

Par ces moyens, on aura de bons résultats, mais il faut bien le dire ; là, comme dans les autres tuberculoses, le pronostic dépendra longtemps encore de l'état social du patient qui peut ou ne peut pas se soigner.

Le redressement pourra être utilisé, comme cela a été fait depuis longtemps déjà, dans les cas assez rares où une paralysie survenue brusquement en même temps que la courbure du rachis, indiquerait qu'il s'est produit une compression médullaire par luxation pathologique.

TUBE DIGESTIF ET ORGANES ANNEXES

Appendicite à répétition traitée par la résection.

Soc. des Sciences médicales de Lyon, mai 1896.

Cette observation tire son intérêt des théories émises à cette époque pour expliquer la pathogénie de l'appendicite. Un malade de dix-neuf ans, atteint depuis trois mois de crises successives d'appendicite non améliorées par le traitement médical, fut traité par la laparotomie et la résection de l'appendice. On trouva dans le péritoine un peu de liquide citrin : l'appendice était turgide et fixé au cæcum par des adhérences. Il ne présentait cependant, quoiqu'enlevé en pleine poussée aiguë, ni rétrécissement, ni calcul, ce qui est en opposition complète avec la théorie de la cavité close formulée par le professeur Dieulafoy.

Nous avons à cette occasion fait des recherches à l'amphithéâtre et rencontré plusieurs appendices contenant des calculs stercoraux qui n'avaient provoqué aucun accident.

Obstruction intestinale par coudure coïncidant avec un étranglement herniaire. (En collaboration avec M. Chandelux, agrégé.)

Archives provinciales de chirurgie, décembre 1898.

Il s'agit là d'une observation intéressante d'obstruction intestinale double, siégeant d'une part sur une anse grêle étranglée

par le collet du sac d'une hernie inguinale, d'autre part sur une anse du gros intestin (S iliaque). La hernie fut traitée par la kélotomie, sans qu'on s'aperçût de la seconde obstruction, d'où résulta la mort du malade. L'autopsie montra que l'S iliaque était disposée en forme de canon de fusil double, les deux parties maintenues par des adhérences anciennes. C'était là l'anse habituellement herniée; l'issue brusque d'une anse grêle allant occuper la hernie avait refoulé en haut l'anse en canon de fusil, d'où coudure et obstruction.

Cette observation est un argument de plus en faveur de la laparotomie secondaire pour occlusion post-opératoire.

Une variété d'appendicite à forme néoplasique.
(En collaboration avec Carle).

Archives provinciales de chirurgie, août 1899.

Un certain nombre d'affections de la région cæcalo peuvent présenter une allure clinique néoplasique: sans parler des tumeurs véritables, citons la tuberculose, l'actinomycose et ces formes d'appendicites à marche chronique qui ont fait l'objet de la thèse de Fabre (Paris, 1898). Le cas que nous rapportons ne rentre dans aucune de ces catégories; l'examen bactériologique et histologique nous a montré qu'il s'agissait d'une sorte de papillome extériorisé, semblant appendu à la face externe du cæcum comme le véritable appendice; la structure était celle de l'intestin normal mais renversée, absolument comparable à celle d'un prolapsus rectal.

Cherchant la pathogénie de cette lésion non encore signalée, nous nous demandons si elle n'est pas comparable à celle de l'adénome diverticulaire de l'ombilic, décrit par Lannelongue et Frémont, Chandelux: le glissement et la prolifération de la muqueuse au niveau de la section de l'appendice.

Nous concluons en insistant sur la nécessité de ne pas classer hâtivement sous l'étiquette bacillaire ces inflammations chro-

niques du cæcum à tendance hypertrophiante qui sont encore assez mal connues, comme on l'a remarqué à la Société de chirurgie, en 1899.

Actinomycose iléo-cæcale.

Société des Sciences médicales, juin 1899. — *Lyon Médical*, t. XCI, p. 523.

Observation typique de cette affection rare, fistules, tumeurs inflammatoires occupant toute la fosse iliaque droite, la région lombaire, le pli inguinal.

Nous avons incisé largement les abcès, curetté et cautérisé les foyers, administré l'iodure de potassium en lavages des plaies et à l'intérieur. Nous avons pu présenter le malade très amélioré à la Société.

Mais les lésions ont repris leur développement après la sortie du malade et nous avons appris sa mort survenue dix-huit mois après.

Appendicite à marche torpide. Résection de l'appendice.

(Présentation avec Varay, interne)

Société des Sciences médicales, 8 novembre 1899.

Exclusion de l'Intestin pour anus contre nature d'origine tuberculeuse.

Société de Chirurgie de Lyon, mai 1900.

Nous avons pratiqué cette opération chez une malade qui portait un anus contre nature lombaire ayant succédé à l'ouverture d'un abcès froid de cette région. Une tentative faite par voie lombaire ayant échoué, nous pratiquâmes la laparotomie et l'iléocolostomie, en faisant une large anastomose par le procédé

de la suture. Cette intervention n'ayant pas atteint complètement son but, une seconde laparotomie nous permit de faire l'exclusion en fermant en cul-de-sac les quatre bouts d'intestin résultant de la section du côlon en amont et de l'iléon en aval de l'anastomose. Dès le lendemain, les matières passent en totalité pas l'anus normal; les anciennes fistules lombaires ne laissent plus écouler que quelques gouttes provenant de la sécrétion de la portion d'intestin exclue évaluée à environ 1 m. 50. La malade a pris 3 kilogrammes, elle a repris ses occupations de ménagère et se déclare très satisfaite.

Dans ce cas, l'extirpation totale était absolument contre-indiquée par la faiblesse de la malade.

Cette opération est la première exclusion publiée en France.

Notre malade revue cette année, quatre ans après l'opération, est encore dans un état assez satisfaisant.

Cancer de la vésicule biliaire.

Société des Sciences médicales, séances du 4 juillet et du 11 juillet 1898. — *Lyon Médical*, 412 et 443.

Thrombose des vaisseaux mésentériques. Laparotomie. Mort.

Communication à la Société de Chirurgie de Lyon, décembre 1902.

Le malade se présentait avec des signes de péritonite. Opéré par nous d'urgence, il nous montra des lésions intestinales consistant en sphacèle généralisé à tout l'intestin grêle ; à l'autopsie nous découvrîmes une embolie obstruant complètement le tronc de l'artère mésentérique supérieure. Le malade avait eu quelques mois auparavant une double phlébite des membres inférieurs.

L'examen histologique de l'artère et du thrombus ne nous a pas permis d'y déceler des microbes.

Anastomose côlo-colique et cholécystostomie.

Présentation à la Société des Sciences médicales de Lyon, séance du 12 février 1903.

Nous avons pratiqué cette double opération pour remédier à une obstruction chronique du côlon due à la péricholécystite. L'anastomose fut faite à la suture sur 6 centimètres de longueur entre le côlon ascendant et le côlon transverse. Plus de 60 calculs furent ensuite extraits de la vésicule. Les résultats opératoires furent très satisfaisants.

Occlusion intestinale par bride. Laparotomie. Guérison.

Présentation à la Société des Sciences médicales de Lyon, avril 1903.

Trichocéphales dans un cœcum tuberculeux.

Communication à la Société des Sciences médicales de Lyon, 21 octobre 1903.

Contusions de l'abdomen. Perforations mésentériques et intestinales. Laparotomie. Guérison.

Présentation a la Société des Sciences médicales de Lyon, séance du 20 janvier 1904.

Contribution à l'étude de la laparotomie pour lésions traumatiques de l'intestin.

Bulletin Médical, 10 février 1904 (en collab. avec Molin).

Ce travail est basé sur quatre observations personnelles : trois ont trait à des contusions de l'abdomen, la laparotomie suivie ou

non de sutures intestinales sauva les malades. Dans un autre cas, une jeune fille atteinte d'une plaie pénétrante par balle de revolver, présentait une plaie de l'épiploon, une du mésentère, une perforation de la vessie et huit perforations intestinales. La malade succomba, trois de ces perforations ayant échappé aux recherches.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes : Pour le diagnostic des lésions viscérales dans les traumatismes do l'abdomen, la contracture de la paroi est un des signes les plus précieux.

Cette contracture est, avec le spasme des fibres circulaires de l'intestin et le bouchon formé par la muqueuse dans quelques cas (coups de feu) un moyen évident qu'emploie l'organisme pour s'opposer à l'infection du péritoine.

Loin de pouvoir servir d'argument en faveur de l'abstention, ces moyens de défense doivent nous inciter à intervenir le plus tôt possible, puisqu'ils nous donnent le temps d'arriver avant que la situation soit irrémédiablement compromise.

Lorsqu'on opère d'une façon précoce, l'éviscération totale d'emblée est indispensable pour nous donner la certitude de découvrir complètement et rapidement toutes les lésions à traiter.

Dans les toutes premières heures on pourra se contenter d'un minimum de drainage ; mais, après vingt-quatre heures, et en cas d'épanchement abondant sanguin ou séro-sanguin, de causes avérées d'infection, à plus forte raison de péritonite commençante, on sera obligé de recourir au drainage à la Mickulicz. La crainte de l'éventration, conséquence presque fatale de ce procédé, ne doit pas faire oublier la valeur incontestable de ce drainage qu'aucun autre ne saurait jusqu'ici remplacer dans les cas graves.

Valeur du bouton de Jaboulay dans le traitement palliatif du cancer de l'estomac.

Communication de la Société de Chirurgie de Lyon, séances d'avril 1903.

Le traitement du cancer de l'estomac par la gastro-entéro-anastomose au bouton de Jaboulay-Lumière. (D'après 100 observations).

Revue de Chirurgie, janvier 1904.

Pendant les mois de vacances de 1902, notre maître M. le professeur Jaboulay ayant bien voulu nous confier son service à l'Hôtel-Dieu, nous avons eu l'occasion de pratiquer sept fois de suite la gastro-entérostomie pour des cancers, en nous servant du bouton anastomotique qu'il a imaginé. Tous ces cas nous donnèrent d'excellents résultats et nous fûmes assez frappé de la bénignité de cette méthode pour être désireux de la faire connaître et apprécier à sa valeur.

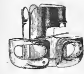




Fig 8. — Bouton anastomotique de M. Jaboulay, supprimant toute suture par suite de sa fente latérale qui permet un engagement partiel et progressif à travers un étroit orifice.

Nous avons donc puisé dans la collection d'observations de la clinique et retrouvé une série de 100 opérations semblables qui nous permettent d'appuyer nos conclusions sur des bases solides.

Dans la première partie de notre mémoire nous rappelons les méthodes les plus récemment préconisées pour perfectionner la technique de la gastro-entéro-anastomose, pour montrer que la plupart des chirurgiens sentent bien que la perfection est loin d'être acquise et qu'il faut à tout prix rendre cette opération palliative moins grave, plus rapide et plus sûre.

M. Jaboulay a été inspiré par ces considérations lorsqu'il a imaginé son bouton destiné à supprimer toute suture et à être posé presque instantanément par le mécanisme du bouton de chemise qui entre en tournant dans sa boutonnière.

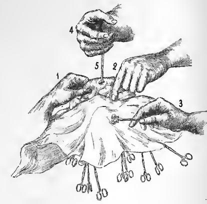


Fig. 9. — Anastomose au bouton de M. Jaboulay. Premier temps, préparatoire à l'introduction de la pièce femelle du bouton dans l'estomac.

Nous décrivons minutieusement l'appareil ainsi que les différents temps de son application. Quand on est bien en possession de cette technique, on peut arriver à terminer toute l'opération en sept à dix minutes, sutures de la peau comprises. C'est dire que le schock est presque supprimé, ce schock opératoire si désastreux en pareil cas, puisque il s'agit de malades qui sont souvent arrivés au dernier degré de l'épuisement et de la déchéance organique.

Les objections que l'on a faites au bouton sont ensuite soigneusement discutées. La persistance d'un corps étranger lorsqu'il n'est pas expulsé ne paraît s'accompagner d'aucun trouble sérieux. Le rétrécissement de l'orifice de communication n'est

pas plus à craindre avec ce procédé qu'avec la suture et nous montrons que les deux méthodes, suture et appareil d'approximation, sont égales devant cette complication.

Enfin les résultats opératoires sont là pour montrer que le rapprochement est aussi solide par le bouton que par la suture. Quels sont, en effet, ces résultats ?

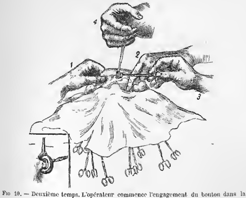


FIG 10. — Deuxième temps. L'opérateur commence l'engagement du bouton dans la boutonnière.

Les dernières statistiques, au point de vue mortalité, accusent pour la gastro-entérostomie les chiffres suivants : 35 0/0 (Rydygier), 28 0/0 (Roux, in th. de Kolbe 1901), 25 0/0 (von Eiselberg), etc. Or les 100 observations que nous avons groupées de gastro-entérostomies au bouton de Jaboulay nous donnent 18 morts seulement. Et nous ferons remarquer que cette statistique comprend les tout premiers cas opérés par cette méthode, y compris la période d'essai, par conséquent. En 1902, sur 26 cas il n'y a que 2 morts, soit 7, 6 0/0, et en 1903, pour le premier semestre 15 cas avec 1 mort soit 6,66 0/0.

Il est difficile d'établir une survie moyenne parce que beau-

coup de malades sont encore en vie ou trop récemment opérés. Nous avons recherché tous les opérés jusqu'en 1903 exclusivement. Nous avons eu 14 réponses. Quelques-uns avaient des survies notables : de 24, 18 mois entre autres. Le plus beau résul-



FIG. 11. — Troisième temps. L'opérateur termine l'engagement en relevant la pince et en continuant le mouvement de rotation.

tat, consigné dans une note additionnelle est le suivant : opération le 9 octobre 1900; la malade est si améliorée qu'elle reprend sa vie ordinaire et survit jusqu'au 25 janvier 1904, soit près de *quarante mois*; elle meurt à cette époque de cachexie cancéreuse.

Le soulagement et l'amélioration des malades est comparable en tout à ce que donnent les procédés de suture : engraissement, retour des forces, cessation des vomissements.

Il nous paraît donc que, puisque d'une part, les résultats immédiats et éloignés de l'opération au bouton valent ceux des opérations à la suture; que, d'autre part, la rapidité et la facilité de ses divers temps sont certainement plus grandes, l'appareil de

Jaboulay-Lumière mérite d'être utilisé dans les cas de cancer de l'estomac *non justiciables de la pylorectomie*; et, en présence des progrès de cette dernière opération, qui tend de plus en plus à ne laisser à la gastro-entérostomie que des cas avancés avec état général déplorable, cet appareil doit trouver de très nombreuses indications, puisqu'il permet au chirurgien de pratiquer l'opération palliative avec le maximum de rapidité et d'innocuité.

Gastrectomie totale pour cancer de l'estomac à forme fibreuse

Archives Générales de Médecine, Avril 1904 (en collab. avec Patel).

Ce travail est l'étude d'un cas opéré par notre maître M. le professeur Jaboulay. Notre contribution a consisté dans l'étude anatomique et histologique de la pièce enlevée. Cette étude a nécessité des coupes microscopiques nombreuses orientées en divers sens, car nous avions affaire à une forme très spéciale de lésions, celle qui a été décrite sous le nom de *limite plastique* et que les études de nombreux histologistes (Paviot et Bret, Heche, etc.) rangent fermellement dans le cadre du cancer.

Nous avons pu constater, et les photographies microscopiques annexées à notre travail en font foi, un épaississement fibreux très marqué des différentes tuniques de l'estomac, une hypertrophie de la couche musculaire, mais surtout des ilôts épars et très clairsomés d'éléments épithéliaux.

Quelques-uns de ceux-ci étaient entièrement isolés ; d'autres se groupaient de façon à constituer des ébauches de tubes glanduliformes. Ceci nous a paru suffisant pour entraîner notre diagnostic de cancer de l'estomac.

Il nous a paru que dans une forme semblable, la gastrectomie totale représentait le meilleur mode de traitement, puisque c'est une règle bien établie en pratique chirurgicale que les interventions contre le cancer doivent être d'autant plus larges, qu'elles visent des lésions plus limitées. C'est dans ces cas, en effet, qu'on peut espérer la guérison définitive par l'exorèse au bistouri.

Les résultats immédiats de l'opération ont été excellents.

ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

Dystocie par fibrome utérin. — Opération de Porro. — Extirpation de la tumeur. — Guérison.

Présentation à la Soc. des Sciences médicales. Avril 1896.

Inondation péritonéale (grossesse tubaire rompue). Laparotomie, salpingectomie, guérison.

Présentation à la Soc. des Sc. Méd. de Lyon. Séance du 16 octobre 1901.

La malade, opérée par nous *in extremis*, au milieu d'une hémorrhagie cataclysmique a été sauvée par la laparotomie qui a permis de réaliser l'hémostase après extirpation de la trompe rompue qui saignait encore abondamment. Les suites furent des plus simples. Nous n'avions pas hésité à opérer d'emblée, instruits par un cas précédent où, nous fiant aux avis de beaucoup d'auteurs qui admettent l'arrêt spontané presque constant de ces hémorrhagies, nous avions temporisé pendant 48 heures; le résultat fut un échec malgré une intervention tardive.

Il faut donc opérer d'emblée, même si la malade paraît dans un état désespéré comme dans notre premier cas.

Traitement de l'inversion utérine par la colpo-hystérotomie antérieure.

Lyon Médical, 17 novembre 1901.

Nous défendons, dans ce mémoire, une opération essentiellement conservatrice et trop peu souvent pratiquée. Notre opéra-

tion personnelle est en effet la quatorzième qui ait été publiée, et sur ces quatorze cas on compte un seul insuccès thérapeutique et pas une mort.

Les autres méthodes préconisées sont beaucoup plus graves : ligature élastique, 7,70 0/0 de mortalité, réduction par voie abdominale, 16, 60 0/0. L,hystérectomie est moins grave, mais peut-on comparer cette mutilation à une intervention qui rétablit la forme parfaite de l'utérus et très certainement en sauvegarde les fonctions ?

Dans notre observation, il s'agissait d'une femme de 26 ans, absolument saine, ayant des annexes en bon état ; l'irréductibilité de l'inversion était absolue. Nous avons fendu en avant l'organe sur toute sa longueur, la réduction se fit alors facilement ainsi que la suture de l'incision utérine par quatre points interstitiels puis une série de points séro-séreux au catgut.

Un mois plus tard, la malade quittait l'hôpital avec un utérus de volume et de position normaux, un col parfaitement reformé ; nous l'avons revue depuis et son état ne s'est pas démenti.

Au point de vue de la technique il vaut mieux inciser l'utérus en avant qu'en arrière, en effet :

1° Les premiers temps sont facilités, le cul-de-sac antérieur tendu par le poids de l'organe inversé se présente tout naturellement ;

3° La réduction est plus facile, ainsi que les sutures.

3° Enfin les adhérences vicieuses en arrière et la rétroversion sont moins à craindre, le col est fixé par la cicatrice à la vessie comme dans certaines opérations d'hystérepexie.

Notre conclusion est que :

L'inversion utérine irréductible, même invétérée, doit être (sauf en cas de contre-indication spéciale), traitée par les méthodes sanglantes conservatrices. Parmi celles-ci, la plus bénigne et la plus simple est la colpo-hystérotomie antérieure suivie de retournement, de suture et de réduction dans l'abdomen.

Cancer de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Récidive sous forme kystique extirpée par la voie abdominale.

Présentation à la *Société de Chirurgie de Lyon*, séance de mars 1902.

Fibrome de l'utérus avec dégénérescence myxomateuse. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.

Présentation à la Société des Sciences médicales de Lyon. Octobre 1902.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Des migrations dans la vessie et dans l'urèthre des séquestres inflammatoires d'origine pelvienne.

Archives provinciales de Chiru. gie, octobre 1895.

Nous avons observé dans le service de M. le Professeur Pollosson, un jeune homme de dix-huit ans, qui avait été atteint dans son enfance d'une affection ostéo-articulaire de la hanche ; cette articulation était restée ankylosée. A diverses reprises, ce malade avait présenté des symptômes de calcul vésical ; finalement il avait eu des phénomènes d'obstruction uréthrale avec rétention et infiltration d'urine. L'opération permit d'extraire un calcul dont le noyau était formé par un fragment osseux.

Cette curieuse observation nous a donné l'idée de rechercher dans la littérature les cas de ce genre. Nous en avons trouvé une quinzaine analogues au nôtre ; on en a publié tout récemment un nouveau.

Nous avons ajouté à ces observations une autre qu'a bien voulu nous communiquer M. Jaboulay avec les pièces anatomiques sur lesquelles nous avons pu étudier le mécanisme de ce passage des séquestres dans la vessie. Sur cette pièce on voyait des os creusés en terrier de lapin par des fistules se dirigeant en tous sens, l'urine traversait ces fistules, et le malade d'où provenaient ces pièces avait pendant plusieurs mois uriné par son grand trochanter.

Ceci montre bien quelles larges communications peuvent s'établir entre la vessie et les foyers des lésions osseuses.

Chez l'homme, la pénétration du séquestre dans l'urètre donne naissance à un certain nombre de complications qui nécessitent le plus souvent une intervention.

Le traitement de l'hydronéphrose par le retournement de la poche à l'extérieur.

Lyon Médical, avril 1897.

Dans ce travail, nous avons encore eu l'honneur de faire connaître et d'étudier une opération absolument nouvelle, imaginée par notre maître M. Jaboulay, pour le traitement de certaines variétés d'hydronéphroses.

Cette méthode fut employée pour traiter une femme de cinquante-sept ans qui portait une poche rénale datant de vingt ans et ayant acquis les dimensions d'une tête de fœtus à terme, mais complètement mobile.

Après incision lombaire, puis incision de la poche, l'opérateur va chercher le fond de celle-ci, et l'attire à l'extérieur comme on retourne une poche d'habit. On laissa les choses en cet état et on appliqua un pansement antiseptique par dessus.

Les avantages que nous faisions valoir en faveur de ce procédé sont les suivants :

1° Simplicité de l'opération, évitant la pédiculisation et la pose de la ligature souvent laborieuse ;

2° Aucune chance d'infection, puisque par le retournement on supprime toute cavité susceptible de recéler des germes et de donner lieu à des suppurations souvent longues ;

3° Minimum de shock ; on n'a pas à craindre ces accidents réflexes pouvant produire l'anurie souvent signalée comme complication des interventions sur le rein ;

4° Conservation de la fonction glandulaire interne du rein ;

5° Possibilité et facilité de manœuvres de cathétérisme si on reconnaît l'origine calculeuse, bien rare, il est vrai, de l'hydronéphrose.

Nous reconnaissons pourtant un certain nombre d'inconvénients : longueur de la cicatrisation, suppression complète de la fonction urinaire, ce qui ferait préférer la néphrotomie si on savait l'autre rein malade.

Ce procédé, aboutissant à la suppression de l'organe, équivaut en réalité à une néphrectomie ; mais elle a, sur cette dernière opération, l'avantage d'être lente, facile à pratiquer, bénigne au point de vue du shock et de l'hémorragie. Elle a, sur la néphrotomie, cette grosse supériorité de ne pas laisser de fistules à sa suite.

En résumé ce procédé s'adresse aux cas de poche déjà volumineuse, mobile dans l'abdomen, complètement fermée, l'autre rein étant sain. Ces cas sont loin d'être exceptionnels.

Le traitement de l'hydronéphrose par le retournement de la poche à l'extérieur. — Résultats éloignés.

Lyon Médical, decembre 1897.

Nous rapportons le résultat éloigné de l'opération relatée dans notre premier mémoire. Ce résultat est excellent ; notre malade ne présente plus au niveau de la région lombaire opérée qu'une cicatrice un peu rouge, et une certaine faiblesse de la paroi abdominale en ce point. Quand elle tousse, on voit se produire une saillie qu'on peut saisir entre les doigts et qui représente ce qui reste du rein atrophié.

Note sur l'Anurie de sécrétion post-traumatique.

Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 19 mars 1899.

A la suite d'un traumatisme, la sécrétion rénale peut être suspendue par plusieurs mécanismes. La théorie réflexe, prouvée

par les expériences de Cl. Bernard et de Brown-Séquard, par les faits cliniques (Verneuil, Nepveu, Cerou, Merklen) admet l'excitation à distance du grand splanchnique et des vaso-constricteurs des reins. Cette anurie est rarement complète, elle est de courte durée et peut même être remplacée par de la polyurie comme dans un cas que nous avons observé.

Une autre variété d'anurie de sécrétion frappe à l'occasion d'un traumatisme, d'une manœuvre opératoire, des reins altérés par des lésions infectieuses ou mécaniques déjà anciennes (Guyon, Malherbe, etc.). Elle survient alors immédiatement après le traumatisme et représente ainsi un trouble réflexe sur le système nerveux d'une glande prédisposée.

Dans un cas que nous avons recueilli pendant notre clinicat aucune de ces deux explications n'était valable. Il s'agissait, en effet, d'un homme atteint de fracture du bassin, qui avait uriné d'une façon normale pendant trente-six heures après son accident.

De par cet intervalle libre, il était difficile de se rattacher à l'idée d'un trouble réflexe. L'autopsie nous a montré que les deux uretères, la vessie, étaient le siège d'une infiltration sanguine abondante et nous avons pensé pouvoir rattacher l'anurie à la compression des ganglions nerveux péri-urétéraux par le sang épanché. Ce raisonnement s'appuie sur les faits de compressions nerveuses connues et signalées dans les hématomes rétro-péritonéaux (Tuffier, Bidault, Fargier). Ces compressions peuvent même produire de la parésie et de la dysesthésie dans les membres inférieurs.

Il y a donc place pour une troisième variété d'anurie de sécrétion post-traumatique : l'anurie par action sur les ganglions péri-urétéraux d'un hématome succédant au traumatisme.

Urétrostomie perinéale pour Cancer de l'Urètre.

Lyon Médical, avril 1904

Nous avons pratiqué cette opération palliative qui n'avait pas été utilisée encore, croyons-nous, chez un malade atteint de can-

cer de l'urètre. Le néoplasme siégeait sur la partie pénienne du canal, ayant détruit toute la portion balanique ; l'œdème unilatéral du membre inférieur droit nous avait permis de diagnostiquer une compression des vaisseaux iliaques par un ganglion dégénéré. Toute opération radicale était contre-indiquée ; une dérivation des urines était au contraire nécessaire pour diminuer l'irritation de la tumeur, assurer la fonction urinaire, éviter les inconvénients du suintement sur la peau qui avait causé un érythème et des excoriations.

Le malade n'a survécu que quinze jours, et l'autopsie nous a montré une généralisation viscérale que nous n'avions pu reconnaître pendant la vie. Il n'y avait aucune complication urinaire, pas d'infection.

Cette opération nous paraît très indiquée dans des cas semblables, mais il faudrait la faire plus précocement.

Prostatectomie périnéale pour hypertrophie de la prostate. — Guérison

Présentation à la *Société des Sciences Médicales de Lyon*. — Séance du 29 octobre 1902.

Cancer de la prostate. — Prostatectomie périnéale. — Guérison

Société des Sciences Médicales de Lyon, 21 octobre 1903, et *Lyon Médical* 1903 — T. II, p. 705.

Nous avons opéré ce malade par la voie périnéale en pratiquant le morcellement, car l'énucléation était rendue impossible par l'adhérence à la face interne de la capsule. Celle-ci fut largement réséquée ainsi que la vésicule séminale droite qui était envahie à sa partie inférieure.

Les suites furent très bénignes et le malade sortait guéri un mois après avec retour intégral des fonctions urinaires.

L'examen histologique que nous avons pratiqué nous a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma alvéolaire.

Recherches expérimentales sur la circulation dans les reins décapsulés.

Société des Sciences Médicales de Lyon. — Février 1903 et in These de BASSAM. Lyon 1903.

Le traitement chirurgical des néphrites par la décapsulation, proposé il y a quelques années par M. Jabonlay, et dernièrement préconisé par Edebohls a pour base cette idée théorique : fournir au parenchyme rénal anémié de nouvelles voies d'apport sanguin grâce aux adhérences qui s'établissent entre l'organe et les tissus circumvoisins après la résection de sa capsule propre.

Des constatations cliniques et opératoires sont mises en avant par l'auteur américain pour justifier son hypothèse. Des expériences sur cette question ont été faites par Albarran et Bernard, par Claude et Balthazard. Ces auteurs ont vu au microscope les adhérences vasculaires. Nous nous sommes demandé si on ne pouvait les rendre plus évidentes encore par l'injection de substances colorées dans ces vaisseaux de nouvelle formation.

Le lapin fut choisi comme animal d'expérience. Chez un lapin, nous avons pratiqué la décapsulation du rein gauche. Deux mois plus tard, nous avons lié l'artère rénale de ce côté, puis poussé dans l'aorte une injection de la masse de Ranvier au bleu de Prusse, de façon à injecter tout le système artériel. Nous avons pu dès lors constater au point de vue macroscopique la présence d'une quantité de petits vaisseaux colorés en bleu qu'on pouvait suivre dans leur trajet de la capsule adipeuse à la surface du rein où ils pénétraient.

Les coupes histologiques montraient que le réseau du labyrinthe était largement injecté. Or, ce réseau provient des ramifications des artères efférentes des glomérules, ramifications qui

se sont anastomosées avec les réseaux de la capsule adipeuse. Les réseaux admirables des glomérules ayant opposé une barrière infranchissable à la matière injectée, celle-ci a suivi sa marche dans tous les réseaux capillaires des pyramides de Ferrein et du labyrinthe. Les veines qui sortent de ces réseaux vont s'aboucher dans les veines interlobulaires, ce qui explique que des veines d'assez gros calibre se soient trouvées injectées.

D'autres expériences avec des dispositifs variés : ligature des deux rénales, différences de temps entre la décapsulation et l'injection, etc., ont été confirmatives de la première.

Il est à noter que même sans décapsulation, et après ligature de la rénale, on peut injecter partiellement le rein en poussant la masse dans l'aorte sous une forte pression, contrairement à ce que pensent beaucoup d'auteurs (Schmerber, etc.). Il y a donc des anastomoses normales à travers la capsule propre, entre la circulation rénale et celle de son atmosphère. Mais dans cinq expériences consécutives, nous avons trouvé l'injection bien plus abondante dans les reins décapsulés, ce qui prouve que des anastomoses beaucoup plus nombreuses s'établissent après cette opération.

Ce renouvellement de circulation est-il le véritable et l'unique moyen d'agir de l'opération connue sous le nom de décapsulation ? ses effets rapides, presque immédiats, en certains cas permettent d'invoquer avec M. Jaboulay, une autre hypothèse : celle d'une action sur le sympathique rénal. Mais cette hypothèse n'a pas encore été démontrée expérimentalement.

Étude expérimentale et clinique sur l'exclusion du rein.

A paraître dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Mai 1904.

(en collaboration avec Cavaillon).

Nous avons pris pour point de départ de cette étude une opération pratiquée par notre maître, M. le professeur Jaboulay.

Notre contribution à ce travail a été surtout l'expérimentation et l'étude anatomo-pathologique.

Nous avons voulu nous rendre compte des lésions présentées par le rein, suivant le temps écoulé depuis la ligature et suivant les différentes manières de procéder à cette opération.

De nos expériences et de nos examens nous avons pu tirer les déductions suivantes :

1er GROUPE D'EXPÉRIENCES. — *Exclusion fermée récente (12 jours).*

a) Ligature simple de l'uretère. On reconnaît un début de distension rénale, surtout marqué au niveau des tubes contournés qui prennent l'aspect kystique ; mais les éléments sont encore très reconnaissables, relativement peu désorganisés, susceptibles de reprendre leur fonctionnement si l'obstacle venait à disparaître. La capsule est le siège d'une infiltration embryonnaire.

b) Ligature avec injection de corps gras. Dilatation ascendante, très marquée, mais surtout réaction inflammatoire beaucoup plus intense que dans le cas précédent, tissu cellulaire jeune, travail de sclérose en voie de s'accomplir ; bandes fibreuses dans les couches les plus près de l'écorce.

Exclusion ouverte récente (16 jours).

Les lésions sont très analogues à celles de l'exclusion fermée; peut-être cela est-il dû à un drainage insuffisant; en tout cas la fistule ne prévient pas la dilatation des canalicules et y ajoute l'infection. Beaucoup d'animaux n'y résistent pas.

2e GROUPE D'EXPÉRIENCE. — *Exclusion fermée ancienne.*

a) Ligature simple de l'uretère. Nous avons constaté, après 120 jours, les lésions bien décrites par Charcot et Gombault, Strauss et Germont, etc.

En somme : dilatation des anses de Henle et des tubes contournés, atrophie des glomérules, formation de tissu scléreux sous la capsule et épaississement de celle-ci. Dans les cas où l'expérience n'était pas absolument aseptique, infiltration embryonnaire en îlots, tels que les avait vu Charcot; si l'asepsie avait été parfaite cette infiltration n'existait pas, ainsi que Strauss l'avait noté.

b) Ligature avec injection de corps gras dans le bout supérieur de l'uretère. Dans ce cas, après 131 jours, lésions analogues dans la zône la plus rapprochée du bassinet ; désagrégation beaucoup plus intense de l'épithélium et disparition presque complète dans les couches externes ; poussée scléro-formative beaucoup plus intense que dans le cas précédent au niveau de la capsule.

c) Ligature du pédicule du rein tout entier avec ses vaisseaux et ses nerfs. Au bout de 125 jours, l'atrophie du rein est incomparablement plus manifeste. Le rein est presque réduit à rien, le bassinet n'est pas distendu, les épithéliums sont isolés en amas mal colorés par une épaisse production de tissu fibreux.

En somme, c'est le meilleur moyen de faire atrophier le rein.

Exclusion ouverte ancienne.

Ces reins ouverts sont toujours infectés ; les animaux succombent souvent ; à l'examen on trouve des lésions de néphrite ascendante suppurée, mélangées en proportions variables aux lésions d'atrophie. Il y a toujours vive réaction péritonéale chez le lapin.

3e Groupe d'expériences.

Nous avons cherché à voir si dans un rein exclu, la virulence du bacille de Koch s'atténuait, comme l'ont avancé certains auteurs pour les formes de tuberculose massive. Nos expériences sont encore trop récentes et incomplètes ; nous pouvons seulement dire qu'après quatre mois le bacille pullule encore dans le rein exclu et est susceptible de donner au cobaye une tuberculose rapide.

En résumé : la ligature aseptique est bien tolérée.

La ligature totale du pédicule fournit l'atrophie la plus complète.

L'injection de corps gras active la réaction inflammatoire et la sclérose qui en est l'aboutissement.

Le bacille de Koch garde sa virulence dans un rein dont l'urèthre est lié depuis plusieurs mois.

MEMBRES

Un nouveau cas de désarticulation interilio-abdominale.

Province médicale, 24 août 1895.

Cette opération, l'homologue de la désarticulation interscapulo thoracique, n'a été jusqu'à présent pratiquée qu'un petit nombre de fois, en présence de cas désespérés de tumeurs malignes à cheval sur le bassin et sur la cuisse, ou d'ostéite tuberculeuse généralisée à tout l'os iliaque et à l'extrémité supérieure du fémur. Elle fut pratiquée pour la première fois par M. Jaboulay au mois d'avril 1894, puis la même année par le professeur Caccioppoli de Naples. C'est le troisième cas que nous avons eu l'occasion d'observer pendant notre internat chez M. Jaboulay. Comme les deux précédents il s'est terminé par la mort.

Il s'agissait d'un homme de soixante-six ans, déjà opéré une première fois par M. le professeur Pollosson pour un sarcome de la racine de la cuisse. Cette opération fut forcément incomplète, la tumeur ayant poussé des prolongements dans le bassin. Des hémorragies graves s'étant déclarées et le malade étant fatalement voué à une mort rapide, M. Jaboulay tenta l'ultime ressource de la désarticulation interilio-abdominale.

Le malade se releva du shock mais mourut trente-six heures après l'opération avec de la température (39°6) et de l'infection de sa plaie.

On peut donc supposer qu'en se mettant à l'abri de l'infection on pourrait en pareil cas avoir quelques chances de survie. Ces chances sont peu nombreuses, mais il est important de faire

remarquer que les malades pour lesquels cette opération est indiquée sont fatalement voués à la mort dans un bref délai.

Du reste il y a maintenant des succès à mettre à l'actif de la désarticulation interilio-abdominale. Le premier est celui qu'a rapporté Girard (de Berne) au Congrès de chirurgie de 1895 sous le nom d'amputation inter-pelvienne ou supra-iliaque. Il la pratiqua, il est vrai, en deux temps : désarticulation de la cuisse, puis dix mois après, désarticulation de l'os iliaque. Récemment Savariaud a donné le bilan de cette opération *(Rev. de chir. 1902)* avec 31 °/₀ de guérisons.

Broiement de l'avant-bras. Conservation du membre.

Société des Sciences médicales de Lyon, mai 1896.

Un succès de la chirurgie conservatrice.

Province médicale, juin 1896.

Le cas dont il est ici question est un sérieux argument en faveur de ce que l'on pourrait appeler la chirurgie conservatrice à outrance. Un mécanicien avait eu l'avant-bras pris dans une courroie de transmission ; le membre paraissait complètement broyé, les os étaient en morceaux ; on n'arrivait pas à sentir les battements des artères au-dessous de la plaie. La main était refroidie et la sensibilité diminuée. Il n'y avait plus, semblait-il, qu'à régulariser l'amputation déjà au trois qnarts faite. On se décida cependant à la conservation et, six mois après, malgré des péripéties diverses, le membre avait repris sa forme, il y avait un cal presque solide, le malade pouvait exécuter un assez grand nombre de mouvements, prendre et tenir entre ses doigts de petits objets, soulever une chaise de paille à bras tendu, etc. La sensibilité existait entière et partout.

Cette observation vient donc bien à l'appui de la méthode soutenue par Reclus et ses élèves et qui tend à être de plus en plus adoptée : la conservation systématique dans les delabrements les plus graves et les plus étendus.

La main-bote héréditaire.

Gazette des Hôpitaux, mars 1904.

La main-bote congénitale est le résultat ordinaire de l'absence d'une partie du squelette de l'avant-bras. On observe parfois l'absence totale du radius, parfois il manque seulement l'extré-



Fig. 9. — Radiographie de la mère. Absence du pouce des deux côtés. Absence du radius et main-bote à droite.

mité inférieure de cet os, parfois le radius existe, mais il n'y a pas de pouce.

L'hérédité n'avait été notée jusqu'ici que dans une seule observation de Bouvier; il était donc intéressant de faire connaître ce second cas, d'autant plus que la comparaison de la mère avec l'enfant révélait une symétrie et une identité absolue dans la difformité.

Il s'agit évidemment d'un arrêt de développement, car en se

reportant à la radiographie de l'avant-bras de l'enfant, on trouve exactement l'aspect que donne une préparation d'embryon de 12 millimètres. La théorie des adhérences amniotiques si souvent invoquée, nous paraît expliquer seulement un très petit nombre de faits publiés.

Un cas de Psoïte suppurée traitée par la trépanation du bassin.

Lyon Médical, 4 mars 1900.

Dans ce travail, nous défendons la méthode de drainage qui a été préconisée par MM. Gangolpho et Condamin et qui nous a paru présenter les avantages suivants : grande facilité d'exécution, ouverture de la collection au point le plus déclive dans le décubitus dorsal, maintien d'un orifice béant pendant un temps suffisant pour permettre l'occlusion d'une vaste cavité.

Nous croyons qu'il faut éviter les lavages dans cette poche dont les parois sont traversées par de gros vaisseaux qu'il faut éviter de traumatiser (dangers de phlébite), et qu'il faut assurer aux malades un repos très complet dans une grande gouttière avec extension continue si c'est nécessaire.

Deux cas de traumatisme du poignet pendant la mise en marche d'automobilès.

Société des Sciences Médicales, séance du 16 avril 1902

Nous avons observé deux de ces cas intéressants sur lesquels M. Lucas-Championnière a récemment appelé de nouveau l'attention de l'Académie de médecine. L'observation clinique et les radiographies nous ont amené à admettre un double mécanisme, indirect d'abord, puis direct. La main qui tient la manivelle est

d'abord, pendant un temps très court, mais avec une force énorme repoussée dans l'extension forcée ; les doigts lâchant alors la manivelle, celle-ci est projetée sur le bord radial de l'avant-bras et pourrait y produire des fractures directes. Chez nos malades le choc direct avait amené seulement des contusions sans intéresser la continuité de l'os en ce point. Mais le carpe avait subi une véritable dislocation.

Fracture de la Rotule. — Suture des Ailerons.

Société des Sciences Médicales, 30 avril 1902

Cette observation est un exemple des beaux résultats que peut donner la méthode sanglante. Après arthrotomie transversale, suture des ailerons au catgut, suture de la peau sans drainage. Au quinzième jour, massage et mobilisation ; au vingt-unième jour premiers essais de marche. Au bout de cinq semaines le malade marche sans canne en boitant à peine ; l'extension est complète, la flexion dépasse l'angle droit.

Le résultat final a été le retour intégral des fonctions du genou.

De la reposition sanglante de la tête fémorale dans les luxations irréductibles de la hanche.

Revue de Chirurgie, juillet 1902.

Ce mémoire a eu pour point de départ une opération personnelle suivie du plus heureux résultat. Il s'agissait d'une luxation pathologique de la hanche, remontant à sept mois, luxation iliaque avec adduction extrême, flexion, 4 centimètres de raccourcissement. L'arthrotomie à ciel ouvert, accompagnée de ténotomie des adducteurs et de tractions à la vis de Lorenz permit la réduction qui avait été absolument impossible par les

manœuvres sanglantes, Six mois après l'enfant marchait avec une canne, très facilement ; le raccourcissement n'était plus que 1 cent. 1/2. L'enfant retourné chez lui peut vaquer toute la journée et sans fatigue aux occupations rurales. Le résultat s'est encore amélioré, la canne a été laissée de côté et le malade revu un an plus tard marchait presque sans claudication.

Nos recherches bibliographiques entreprises à cette occasion nous ont permis de trouver dans la littérature médicale vingt-neuf observations de reposition sanglante pour luxations irréductibles traumatiques, et sept pour luxations pathologiques en y comprenant la nôtre.

Ces trente-six observations comportent deux morts, par infection ; soit une mortalité de 5.55 0/0. Quatre fois il y eut ankylose à la suite de suppuration. Les trente opérations restantes furent des succès.

En comparant ces résultats aux autres méthodes: réduction imparfaite avec mobilisation, massages et tractions continues ; résection ; ostéotomies, nous voyons que la reposition n'est pas plus dangereuse, qu'elle donne de meilleurs résultats au point de vue de la solidité, du raccourcissement et du retour des fonctions.

Et nous sommes amenés à ces conclusions : La reposition sanglante de la hanche est une excellente méthode qui a fait ses preuves et qui mérite de devenir le traitement classique des luxations anciennes et irréductibles.

Peu grave par elle-même, elle donne des résultats bien supérieurs à ceux des autres méthodes : parfois restauration fonctionnelle idéale, presque toujours mobilite permettant une marche à peu près normale ; c'est celle qui combat le mieux le raccourcissement du membre et le supprime souvent.

La reposition sanglante sera possible dans la plupart des cas, à condition qu'on utilise une bonne technique. L'incision externe sur le trochanter sera presque toujours suffisante, contrairement à ce qu'on croyait jusqu'ici.

Les mêmes règles s'appliquent au traitement des luxations pathologiques consécutives aux maladies aiguës, leurs lésions

étant remarquablement semblables à celles des luxations traumatiques.

Par contre, dans la luxation coxalgique, la reposition trouvera rarement ses indications en raison de l'état général, des altérations osseuses et des dangers de réveiller le processus mal éteint. Elle pourra rendre des services cependant dans certains cas bien déterminés.

Notre travail se termine par le compte rendu in extenso des 7 observations pour luxations pathologiques et par un tableau d'ensemble des 29 observations de reposition sanglante pour luxations traumatique irréductibles. La simple lecture de ces observations nous paraît justifier amplement les précédentes conclusions.

Deux cas d'hypertrophie congénitale du membre inférieur.

Revue d'Orthopédie, janvier 1903 (en collab. avec M. PINATELLE).

Nous avons rapporté dans ce travail deux observations inédites de cette singulière malformation, avec examens histologiques. C'est là une contribution à un chapitre de pathologie encore très confus, les examens anatomiques étant rares et variables avec chaque cas ; nous n'avons pu retrouver que cinq autres observations avec étude histologique. Ce qui en résulte, c'est que la malformation ne porte pas sur un système unique, vaisseaux, nerfs ou peau par exemple. Ici tel histologiste diagnostique un angiome, tel autre un névrome ou un lipome diffus. Cela vient de ce qu'il n'a eu à sa disposition qu'un petit fragment pris un peu au hasard, alors qu'il faudrait une dissection minutieuse et des prélèvements multiples pour apprécier l'ensemble des altérations de tissus.

En réalité il s'agit le plus souvent d'une lésion qui atteint le tissu mésodermique dans toutes ses variétés, d'un véritable conjonctivome diffus.

Nous attirons l'attention sur un point qui n'a pas été étudié

suffisamment jusqu'ici ; c'est l'avenir de ces malades. Nous en avons retrouvé trois qui sont morts de tumeur maligne et d'autres où, avant de perdre de vue les patients, on signale un accroissement rapide de leur tumeur. Dans notre cas les tissus examinés montraient une prolifération d'allure sarcomateuse vraiment inquiétante. Si bien qu'il faut retenir que la transformation maligne n'est pas si rare qu'on veut bien le dire et que le pronostic vital doit être l'objet de prudentes réserves.

On se rappellera cette notion quand on aura à traiter de pareils malades, car au début et en présence de lésions limitées on pourrait être ainsi amené à pratiquer des opérations plus radicales que celles qui sont préconisées par nos classiques.

Imp WALTENER & Cie, 3, rue Stella, Lyon